

# بيان الواقع

صمم هذا النموذج لتكميله من قبل موظف تحديد الأهلية أثناء مقابلة صاحب الطلب وجهًا لوجه. إنما يمكن تكميله من قبل الزبون (العميل) في أوضاع خاصة مثل إعادة تصديق الأسرة الحاصلة على كوبونات الطعام أو التقدم بالطلب عن طريق البريد.

نعم  لا

## A. هل كافة أفراد الأسرة يحملون الجنسية الأمريكية؟

(إذا كان الجواب نعم انتقل للسؤال E)

أصحاب الطلب غير ملزمين بتزويد معلومات أو وثائق عن وضع الهجرة عن أي عضو من أعضاء الأسرة غير المؤهل بسبب وضع هجرته والذي لا يطلب الحصول على منافع.

ما هو عدد السنوات، إن وجدت، التي عملت خلالها أنت أو زوجتك وأو والديك (قبل أن تبلغ عمر 18 سنة) في الولايات المتحدة أو لحساب شركة أمريكية أثناء إقامتك خارج الولايات المتحدة؟	ما هو عدد تلك السنوات التي قمت خلالها أنت أو زوجتك وأو والديك (قبل أن تبلغ عمر 18 سنة) بكسب المال عن طريق العمل في الولايات المتحدة؟	عدد سنوات إقامة كل فرد من أفراد أسرتك في الولايات المتحدة الأمريكية	مكتفول؟	اسم الشخص:
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-1
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-2
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-3
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-4
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-5
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-6
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-7
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-8
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-9
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	-10

B. هل هناك أي فرد في العائلة لا يحمل الجنسية الأمريكية يخدم حالياً في القوات العسكرية الأمريكية أو محارب قديم أو زوج/زوجة أو طفل معال لشخص يخدم حالياً في القوات العسكرية أو محارب قديم؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح:  نعم  لا

تاريخ الخدمة:	فرع الخدمة:	اسم الشخص:

C. هل أحد من أفراد الأسرة ضحية عنف ولا يحمل الجنسية الأمريكية؟  نعم  لا

D. هل يملك أي شخص على الأقل 40 فصل أو 10 سنوات من الخدمة في الولايات المتحدة؟  نعم  لا  
إذا كان الجواب «نعم»، يرجى ذكر اسم الشخص أدناه:

اسم الشخص/الأشخاص الذي/الذين عملوا على الأقل 40 فصل.

لاستعمال الكاونتي فقط

Case Name

Case Number

Worker Number Date

## TYPE OF APPLICATION

- New  Recert
- Residency verified
- Length of time in another's home

- FS ID verified

- Received food stamps

Where? \_\_\_\_\_

When? \_\_\_\_\_

## Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
6. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
7. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
8. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
9. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
10. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

Honorable  
Discharge verified  
 YES  NO

## USCIS Petition Filed?

- YES  NO

- 40 Quarters Verified

- Own Quarters

- Spouse's Quarters

- Spouses' Combined Quarters

- Parent(s) Quarters

CFAP  YES  NO

Person #: \_\_\_\_\_

# بيان الوقائع

E. هل أحد المقيمين في المنزل عمره 60 سنة أو أكبر وغير قادر على شراء الطعام أو تحضيره؟ هل أحد الأفراد المقيمين في المنزل ضرير أو معاق أو حامل؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

نعم  لا

الاسم	اشرح	الاسم	اشرح

F. هل أي فرد يقيم في أي من المنشآت أو يشتراك في أي برنامج طعام بما فيه تلك المدرجة أدناه؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

نعم  لا

- مساحات لإصلاح الأحداث/مؤسسة عقابية
- ملاجأ للمشردين
- ملجن النساء المعرضات للعنف العائلي
- مستشفى أمراض نفسية
- ترتيبات سكن جماعية للضريرين والمعوقين
- الأراضي المخصصة للهندود الأمريكيين الأصليين
- مستشفى أمراض عقلية
- برنامج توزيع أطعمة
- مركز لإعادة تأهيل المدمنين على المخدرات
- والمشروعات الكحولية

الاسم	اسم المركز/الملاجأ/برنامج الطعام/الخ	تاريخ الدخول	تاريخ المغادرة المتوفع

G. هل تقوم بالدفع لأي شخص أو يقوم شخص بالدفع لك للحصول على وجبات طعام و/أو أجراة غرفة؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

الشخص الذي يدفع للطعام/الغرفة	اسم الشخص الذي يؤمن الطعام/الغرفة	أشـر:	المبلغ	عدد المرات	عدد الوجبات اليومية
		<input checked="" type="checkbox"/> وجبات <input type="checkbox"/> غرفة <input type="checkbox"/> كلاهما			

H. هل أي من أفراد العائلة يتوجب أو يتهرب من القانون لتحاشي المقادسة الجنائية أو الوصاية أو السجن بعد الإدانة أو مخالفة شروط إطلاق السراح المشروط أو التعهد بعدم محاولة الهرب؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

نعم  لا

الاسم	اشرح

I. منذ 22 أغسطس (آب)، 1996، هل أدنت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بسبب جنائية تتعلق بالمخدرات؟  نعم  لا (إذا كان الجواب لا، انتقل للسؤال K).

إذا كان الجواب نعم:  
هل كان لأي سبب من الأسباب التالية:

نعم  لا      نقل أو الاستيراد إلى الولاية أو بيع أو توفير أو إدارة أو منح أو التداول للبيع أو الشراء لأجل البيع أو تصنيع أو معالجة مواد تشكل منها مواد أخرى بقصد تصنيع مادة مخدرة ممنوعة أو زراعة أو حصد المروهانة المخدرة؟

نعم  لا      تشجيع أو حث أو استجدة أو إرغام شخص قاصر بالتهديد للمساهمة في أي من النشاطات أعلاه.

## L. هل:

نعم  لا (أ) أتملت برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟

نعم  لا (b) اشتراك في برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟

نعم  لا (c) التحقت ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟

نعم  لا (d) وضعت في لائحة انتظار للالتحاق ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة.

نعم  لا (e) توقفت عن استعمال مخدرات ممنوعة ولديك ما يثبت بأنك توقفت فعلاً.

إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح:

لاستعمال الكاونتي فقط

Separate household required  
 YES  NO

Medical Expenses  
DFA 285C Completed  
 YES  NO

FS Eligible Facility  
 YES  NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Felony?  
 YES  NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?  
 YES  NO

# بيان الوقائع

نعم  لا

K. هل تم ايقاف كوبونات الطعام لأي فرد بسبب عقوبات العمل أو التدريب أو بسبب عدم الالياء بمتطلبات العمل لشخص قادر غير معيل (ABAWD) أو لخرق قواعد برنامج عن قصد أو لغش في الحصول على إعانتات الإنعاش؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

الاسم	ماذا؟	متى؟	مدة التوقف؟	في أي كاونتي/ولاية؟

نعم  لا

L. هل هناك أي فرد عمره 16 سنة أو أكبر وملتحق بمدرسة، كلية أو برنامج تدريب؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

هل يعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا عدد الساعات:	عدد الوحدات الدراسية بالفصل	دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام نصفي <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>	اسم المدرسة	اسم الشخص
هل يعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا عدد الساعات:	عدد الوحدات الدراسية بالفصل	دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام نصفي <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>	اسم المدرسة	اسم الشخص

نعم  لا  
 نعم  لا

M. هل ترك أو رفض أي فرد العمل أو التدريب خلال الستين (60) يوماً الأخيرة؟  
هل أي فرد مضرب عن العمل حالياً؟  
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

آخر يوم دفع	آخر يوم عمل	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مضربي ترك أو رفض العمل	اسم الشخص
في حالة ترك أو رفض العمل، يرجى التوضيح.			اسم وعنوان صاحب العمل/التدريب

نعم  لا

N. هل قام أي فرد ببيع أو حصل على عقار أو ممتلكات شخصية خلال الأشهر الثلاث (3) الماضية مثل منزل أو حساب مصرفي أو مبلغ من تسوية من دعوى أو حادث أو أي شيء آخر؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

الاسم	اشرح

نعم  لا

O. هل يملك أي فرد عقار أو يقوم فرد بشراء عقار حالياً في أي مكان (داخل أو خارج الولايات المتحدة)؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

نوع العقار	العنوان أو الموقع	يستعمل: <input type="checkbox"/> للسكن <input type="checkbox"/> للإيجار	صاحب العقار:	القيمة التقديرية: المبلغ المستدان المتبقى

لاستعمال الكاونتي فقط

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?  
 YES  NO

Good cause if sanction was imposed?  
 YES  NO

Minimum FS sanction completed?  
 YES  NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?  
 YES  NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

Striker Regs Apply

YES  NO  
Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:  
\$ \_\_\_\_\_

Voluntary Quit  
 YES  NO  
Good Cause  
 YES  NO

# بيان الوقائع

نعم  لا

P. هل يملك أي فرد، بما فيهم الأطفال، أي من الموارد المدرجة أدناه؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

- |                                  |                           |                         |                         |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ■ برامح Keogh IRA أو             | ■ تعويضات موظفين مؤجلة    | ■ قروض عقارات           | ■ فقد أو شيكات          |
| ■ حقوق بترول أو تعداد أو التقييم | ■ حسابات استثمار على أساس | ■ حسابات جارية أو توفير | ■ حساب تقاعد            |
| عن المعادن                       | سوق العملة                | ■ عقود بيع              | ■ عقود بيع              |
| غير ذلك                          | ■ اعتمادات ائتمان         | ■ أسمهم، سندات تمهيدية، | ■ أسمهم، سندات تمهيدية، |
|                                  | شهادات، حسابات إدخار      | حسابات اتحادات تسليف    | شهادات، حسابات إدخار    |

رقم الحساب	اسم وعنوان البنك/المؤسسة	المبلغ الملزم بالدفع (إن وجد)	القيمة الحالية	صاحبها	نوع المورد

نعم  لا

Q. هل يتوقع أي فرد، بما فيهم الأطفال، الحصول على المال من أي من المصادر المدرجة أدناه؟

- أرباح (بنجو، ينصيب، جوائز، إعاقات أخرى، تقاعد، نجاة من كارثة) (إعاقات، دراسة، إعانة وحضور، الخ)
- مناخ إضراب عن العمل
- مساندة طفل/زوجة
- منافع الضمان الاجتماعي أو منح ثقافية، قروض، وأو منح دراسية
- علاوات تدريب غير ذلك
- دفعات إدارة المحاربين القدماء (CalWORKS)، مساعدة الألاجئين، CAPI، المساعدة/الإنعاش العام، المساعدة المؤقتة للعائلات (TANF) المحتججة (SSI/SSP)
- منافع الولاية (منافع تأمين البطالة مجلس تقاعد عمال سكة الحديد أو الإعاقة) (إعاقات أو تقاعد) دفعات لكل شخص

عدد المرات	المبلغ	مصدر المال	الاسم

نعم  لا

R. هل هناك أي فرد في المنزل، بما فيهم الأطفال، يعمل حالياً أو يتوقع العمل خلال الشهرين المقبلين؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

الدخل الإجمالي الشهري	عدد ساعات العمل في الشهر	اسم صاحب العمل/العنوان	الاسم

نعم  لا

S. هل هناك أي فرد يقوم بالدفع لرعاية طفل أو شخص بالغ معاق حتى يستطيع الذهاب للعمل أو التدريب أو المدرسة أو للبحث عن عمل؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

عدد المرات	المبلغ	اسم الشخص الذي يقوم بالدفع	اسم الشخص/الأشخاص الذين يحصلون على رعاية
دollar			
دollar			

لاستعمال الكاونتي فقط

Total Value = \_\_\_\_\_

- |                    |  |
|--------------------|--|
| SSI pending        | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| Interim Assistance | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| GA                 | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| CAPI               | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

Person #: \_\_\_\_\_

Self-employed?

Actual  40%

Is the caretaker a household member?

YES  NO

# بيان الوقائع

لاستعمال الكاونتي فقط

نعم  لا

T. هل يقوم أي شخص آخر بدفع تكاليف رعاية طفلك كلياً أو جزئياً؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

ما هو المبلغ الذي يدفعه? _____ كل دولار _____	اسم الشخص الذي يقوم بالدفع
--	----------------------------

نعم  لا

U. هل هناك أي شخص في المنزل يدفع مساندة مالية لطفل؟  
إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح أدناه:

بأمر المحكمة؟	المبلغ المدفوع كل شهر	اسم الطفل/الأطفال الحاصلين على المساندة المالية	اسم الشخص الذي يقوم بالدفع
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	دولار		

نعم  لا

V. هل هناك أي شخص مقيم في المنزل يتحمل تكاليف تنظيف البيت؟

مواعيد الفواتير المستلمة	المبلغ الذي يقوم بدفعه أفراد العائلة أو آخرين ساكنين في المنزل	المبلغ الذي تدفعه	الكلفة الإجمالية	الاسم	
	دولار	دولار	دولار		دفعه إيجار أو مسكن
	دولار	دولار	دولار		ضربيبة عقار وتأمين (إذا كانت مستقلة)
	دولار	دولار	دولار		غاز، كهرباء، أو غيرها من الوقود المستعمل في التدفئة أو التبريد
	دولار	دولار	دولار		ماء، مجاري أو جمع النفايات
	دولار	دولار	دولار		هاتف
	دولار	دولار	دولار		نفقات أخرى

W. يمكنك تفويض شخص آخر من أسرتك أو شخص من خارج أسرتك لاستلام كوبونات الطعام الخاصة بك. إذا كنت ترغب في تفويض شخص آخر، يرجى تكميل البيانات أدناه.

رقم الهاتف	عنوان الممثل المفوض	اسم الممثل المفوض

نعم  لا

X. هل ترغب في الحصول على معلومات أو إحالة للحصول على تغطية صحية؟ (Healthy Families Medi-Cal)

Court order on file?

YES  NO

Amount ordered: \$ \_\_\_\_\_

Total housing verified?

YES  NO

Total housing

\$ \_\_\_\_\_

Shared housing

YES  NO

Utilities verified?

YES  NO

Heating or Cooling verified?

YES  NO

Utility Allowance?

SUA

LUA

TUA

# بيان الواقع

## تصديق

■ أني مدرك أنه قد يطلب من الأسرة التي تحصل على كوبونات طعام، أو أي عضو بالغ في عائلة تحصل على كوبونات طعام (حتى إذا قام هو/هي بترك البيت)، أو من راعي فرد من أفراد العائلة لا يحمل الجنسية أو الممثل المفوض لأشخاص مقيمين في مؤسسة مؤهلة رد قيمة أي منافع لم تكن الأسرة مؤهلة للحصول عليها.	■ أني أفهم أسئلة هذا النموذج.
■ أني مدرك أنه قد يتم اختيار قضتي للمراجعة لضمان تحديد أهليتي بشكل صحيح وعلى أن أتعاون كلبا مع موظفي الكاونتي أو الولاية أو الحكومة الفدرالية في أي تحقيق أو مراجعة يقومون بها، بما في ذلك مراجعة مراقبة الجودة.	■ أني مدرك أن الواقع التي أدلى بها بما فيها وقائع المنافع والدخل سوف يتم مقارنتها مع السجلات المحلية والتابعة للولاية والفدرالية مثل أصحاب العمل، إدارة الضمان الاجتماعي، وكالات الضرائب والإنشاش والعمل الخ.
■ أني مدرك أن أي عضو من أي أسرة يتوجب أو يتهرب من القانون لتجنب الإدانة بجنائية أو الوصاية أو السجن بعد صدور الحكم أو المنتهك للتعهد بعدم محاولة الهرب بعد إطلاق سراحه أو تعليق عقوبته ووضعه تحت المراقبة لا يستطيع أن يحصل على الإعانات المالية أو كوبونات الطعام.	■ أني مدرك بأن الكاونتي سوف ترسل معلومات إلى إدارة الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) للتحقق من وضع عدم الجنسية وإدارة الضمان الاجتماعي للتحقق من عدد فضول السنة التي عمل خلالها الأشخاص غير العاملين للجنسية والمتقدمين بطلب للحصول على كوبونات طعام.
■ أني مدرك أن المعلومات التي تحصل عليها الكاونتي من إدارة الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) و/أو الضمان الاجتماعي قد تؤثر على أهليتي للحصول على منافع كوبونات الطعام.	■ أني مدرك بأن المعلومات التي تحصل عليها الكاونتي من إدارة الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) و/أو الضمان الاجتماعي قد تؤثر على أهليتي للحصول على منافع كوبونات الطعام.
■ أني ملم أن أي شخص اقترف وحكم عليه بجنائية لها علاقة بحيازة أو استعمال أو توزيع المخدرات أو أي نشاط له علاقة بهذه الأفعال غير القانونية أو زرع أو حصد أو معالجة المريهوانة المخدّرة أو الذي يشرك شخص قاصر في النشاطات المذكورة سابقاً منذ 22 أغسطس (آب) 1996 لا يستطيع الحصول على كوبونات الطعام.	■ أني مدرك أن كافة المعلومات، بما فيها وقائع المنافع والدخل، التي ذكرتها في هذا النموذج تخضع للمراجعة والتدقّيق من قبل موظفي الكاونتي والولاية والحكومة الفدرالية وبأنني إذا أدلى بأي وقائع خاطئة قد يتم رفض أو إيقاف كوبونات الطعام المقدمة لي.
■ أني مدرك لحقوقى ومسئوليياتي (DFA 285 A3) وأوافق على الانتزام بمسئوليياتي.	■ أني ملم بالعقوبات المطبقة ، بما فيها عقوبات عدم التأهيل المحددة لمنافع كوبونات الطعام الموضحة في DFA 285 A3 ، لتزويد وقائع غير كاملة أو لعدم الكشف عن وقائع أو أوضاع قد تؤثر على أهليتي أو حصولي على منافع كوبونات الطعام.

أني مدرك أنه إذا قامت الكاونتي بتكميله هذا النموذج استناداً على أجوبتي، فإني قد قمت بمراجعتها وإنني أوافق على صحة المعلومات المسجلة. أعلن مع الخصوص لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في بيان الواقع هذا هي حقيقة وصحيحة و كاملة.

التاريخ

توقيع (عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض)

التاريخ

توقيع الشاهد أو المترجم

التاريخ

توقيع موظف تحديد الأهلية